常務理事	事務長	係員	係員

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

記号・番号	記号（右づめ）　番号（右づめ）	生年月日　1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日
氏名	フリガナ	
郵便番号		電話番号
住所	都道府県	

対象者欄

対象者	1 被保険者（本人）分のみ 2 被扶養者（家族）分のみ 3 被保険者（本人）および被扶養者（家族）分	

	フリガナ / 氏名	生年月日	申請理由
被保険者	同上	同上	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③		1 昭和 2 平成 3 令和　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄

1 ： マイナンバーカードを紛失したため
2 ： マイナンバーカードの更新手続き中のため
3 ： マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため
4 ： 資格確認書を滅失・き損したため

事業主欄

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	

ひかり健康保険組合

Rev1.0

常務理事	事務長	係員	係員

健康保険　資格確認書（再）交付申請書

記入例

資格確認書の交付を希望する場合にご使用ください

記号・番号	記号（右づめ） 1	番号（右づめ） 2345	生年月日	1 昭和 2 平成 3 令和：2　01年　01月　01日
氏名	フリガナ　ヒカリ　タロウ 光　太郎			
郵便番号	1710021	電話番号	09012345678	
住所	東京　都道府県	豊島区西池袋1-4-10　光ウエストゲートビル7F		

対象者欄

対象者	1	1　被保険者（本人）分のみ 2　被扶養者（家族）分のみ 3　被保険者（本人）および被扶養者（家族）分	
	フリガナ／氏名	生年月日	申請理由
被保険者	同上	同上	2　下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者①	フリガナ　ヒカリ　ハナコ 光　花子	1 昭和 2 平成 3 令和：2　02年　02月　02日	2　下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者②	フリガナ 氏名	1 昭和 2 平成 3 令和：　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択ください
被扶養者③	フリガナ 氏名	1 昭和 2 平成 3 令和：　年　月　日	下記、理由欄より必ず選択ください

理由欄

1　：　マイナンバーカードを紛失したため
2　：　マイナンバーカードの更新手続き中のため
3　：　マイナ保険証による受診には第三者（介助者など）のサポートが必要なため
4　：　資格確認書を滅失・き損したため

事業主欄

上記のとおり被保険者から交付の申請がありましたので届出します。

事業所所在地
事業所名称
事業主氏名
電話番号

事業主記入欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記入欄	社会保険労務士記載欄

ひかり健康保険組合

Rev1.0